ITEM 269, 356 et 357 : DOULEUR ABDOMINALE CHEZ L'ENFANT

Seule la partie pédiatrique des items est traitée ici. La partie adulte est traitée dans le CODEX d'HGE.

ORIENTATION CLINIQUE

- **Chez le nourrisson**, à évoquer devant : **accès de pleurs, cris incessants, mouvements de jambes, tortillements.**
- **Chez l'enfant** : **douleur abdominale** plus facilement exprimée, mais de topographie souvent vague, périombilicale.
- Généralement d'origine fonctionnelle, mais éliminer au préalable une cause organique.
- Examen clinique complet, enfant totalement déshabillé, en décubitus dorsal, jambes demi-fléchies.

Orientation vers une cause organique	Orientation vers une cause fonctionnelle
- Localisation précise, avec irradiation. - Rythme continu, horaire diurne et nocturne (réveil). - Signes associés : AEG, signes digestifs… - Examen abdominal anormal (le plus souvent).	- Localisation **périombilicale**, sans irradiation. - Rythme sporadique, horaire diurne seulement. - Aucun signe associé, bon état général. - Examen abdominal normal.

SITUATIONS D'URGENCE

Terrain à risque	- Prématurés, nouveau-nés, nourrissons. - Maladie chronique invalidante, handicap.
Urgence chirurgicale	- **Contexte** : trauma de haute cinétique, chute de hauteur élevée, polytraumatisme, maltraitance. - **Douleur : à début brutal, puis permanente** (y compris nocturne, réveillant l'enfant), intense. - **SP : défense abdo, contracture, douleur à la décompression, masse abdo, tuméfaction inguinale ou scrotale douloureuse, plaie pénétrante.** - **SF** : **vomissements bilieux** (syndrome occlusif), **méléna, rectorragies.**
Urgence médicale	- **Altération de l'état général** (dont perte de poids). - **Déshydratation**, voire hypovolémie. - **Syndrome polyuro-polydipsique**, **dyspnée.** - **Sepsis sévère** avec troubles hémodynamiques, **troubles de conscience.** - **Signes évocateurs d'anaphylaxie.**
PEC en urgence	- Traitement symptomatique : **antalgiques** IV, **réhydratation** ± **remplissage** IV. - Préparation à une intervention chirurgicale : **autorisation parentale, mise à jeun consultation anesthésique, groupage-hémostase, hydratation IV.**

ENQUÊTE ÉTIOLOGIQUE

Int	- Caractéristiques de la douleur : brutale ou progressive, description (striction, brûlure…), rythme, intensité, retentissement (insomniante, arrêt de l'activité), topographie, irradiation, facteurs aggravants et améliorants… - Contexte : antécédents, comorbidité, régime alimentaire, heure du dernier repas, croissance staturo-pondérale, facteur déclenchant, traumatisme abdominal, possibilité d'une grossesse chez l'adolescence. - Importance de l'interrogatoire des parents.
SF	- Infectieux : **fièvre, asthénie, pâleur**. - Urinaire : **SFU, polyuro-polydipsie, hématurie.** - Digestifs : **soif, anorexie, vomissements, diarrhée/constipation**. - **Céphalées, arthralgie, éruption cutanée**… - ORL, pulmonaire : **dyspnée, toux, otalgie, odynophagie.**
SC	- Constantes, état nutritionnel (IMC), perte de poids. - **Examen abdomino-pelvien** : ballonnement, bruits hydroaériques, douleur provoquée, défense ou contracture, hépatomégalie, splénomégalie, masse abdominale, contact lombaire, orifices herniaires, testicules. - **TR** : douleur au cul-de-sac de Douglas, rectorragie, masse. - Recherche d'un foyer infectieux extradigestif : **tympans, amygdales, pulmonaire.** - **Examen cutané** : purpura des membres inférieurs, ictère, mélanodermie.
Bio	- En cas de SFU : **BU ± ECBU.** - En cas de fièvre et/ou défense : **NFS, CRP, BU.** - En cas de suspicion de diabète : **glycémie capillaire/veineuse, BU ± GDS, ionogramme sanguin.** - Selon les cas : **ionogramme sanguin, bilan hépatique, lipasémie, β-hCG** chez l'adolescente…
Imagerie	- **Échographie abdominale** = 1re intention : suspicion **d'appendicite aiguë, d'invagination intestinale aiguë** et de **colique néphrétique**, bilan de **pyélonéphrite** (sous 48 h) ou douleurs abdominales récidivantes. - **ASP** = indication très limitée : ingestion de corps étranger radio-opaque, ou en 2e intention après l'échographie si jugée nécessaire par le radiologue. - **RT :** polypnée febrile.

ÉTIOLOGIES		< 1 mois	1 mois – 2 ans	2 ans – 12 ans	> 12 ans
	Fréquentes	- Coliques du nourrisson ***- Hernie inguinale étranglée***	- Coliques du nourrisson (surtout avant 5 mois) - Gastroentérite aiguë - Infections ORL, otites, angines ***- Invagination intestinale*** ***- Herinie inguinale étranglée***	- Adénolymphite mésentérique - Constipation, douleurs abdominales fonctionnelles - Gastroentérite aiguë - Migraines abdominales - Pyélonéphrite - Pneumopathie - Infections ORL, otites, angines - *Appendicite,* ***péritonite appendiculaire*** ***- Traumatisme*** - Crise drépanocytaire	- Douleurs abdominales fonctionnelles - Constipation - Adénolymphite mésentérique - Migraines abdominales - Pyélonéphrite - Gastroentérite aiguë - Pneumopathie, infections ORL ***- Appendicite, péritonite appendiculaire*** ***- Traumatismes*** - *Kystes ovariens, torsion d'ovaire* - Dysménorrhée, douleurs ovulatoires - Colites infectieuses - Crise drépanocytaire
	Peu fréquentes	- APLV ***- Traumatisme*** ***- Volvulus*** ***- Occlusions néonatales*** ***- ECUN (prématurés)*** ***- Maladie de Hirschsprung***	- Pyélonéphrite - Pneumopathie - Adénolymphite mésentérique - APLV - *Torsion testiculaire, épididymites* ***- Traumatismes*** ***- Volvulus***	- **Diabète** - Purpura rhumatoïde ***- Hernie inguinale étranglée*** ***- Occlusion sur bride*** ***- Diverticule de Meckel*** ***- Invagination intestinale*** - *Torsion testiculaire, épididymites* - *Cholécystite, lithiase biliaire* **- Pancréatite** **- Syndrome néphrotique** **- Toxiques** - Mucoviscidose - MICI - Vascularites - Tumeurs	***- Hernie inguinale étranglée*** ***- Occlusion sur bride*** ***- Diverticule de Meckel*** - *Cholécystite, lithiase biliaire* - *Torsion testiculaire, épididymites* - *Lithiase urinaire* - *Hématocolpos* **- Pancréatite** - Gastrites, ***ulcères*** - Hépatites, **hépatite fulminante** - **Diabète** **- Toxiques** - RGO - Mucoviscidose - Intolérance au lactose - MICI
	Rares	- ***Appendicite*** - *Occlusion sur bride* - *Torsion testiculaire, épididymites* - Toxiques - Tumeurs - Malabsorption	- *Appendicite, péritonite appendiculaire* - *Occlusion sur bride* - *Maladie de Hirschprung* - Toxiques - Tumeurs - Malabsorption - Crise drépanocytaire	- *Lithiase urinaire* - *Torsion d'ovaire* - Gastrites, *ulcère* - Syndrome hémolytique et urémique - Hépatites, hépatite fulminante - Myocardite, péricardite - Rhumatisme articulaire aigu - Toxiques - Anémie hémolytique - Porphyrie	- *Salpingite, grossesse, GEU* - *Invagination intestinale* - *Péritonite primitive ou sur cathéter* - Overdose, intoxications alcooliques - Rhumatisme articulaire aigu - Tumeurs - Vascularites
	En italique : avis chirurgical en urgence **En gras : pronostic vital impliqué à court terme**				

INVAGINATION INTESTINALE AIGUË

Invagination intestinale aiguë (IIA) = pénétration d'un segment intestinal dans le segment sous-jacent par retournement en doigt de gant (boudin d'invagination) : localisation **iléo-cæcale** (90 % : transvalvulaire ou avec invagination du cæcum et de l'appendice dans le côlon droit), ou **iléo-iléale.**
Compression au collet des vx ➝ stase lymphatique et veineuse (saignement de la muqueuse, rectorragies) puis ischémie artérielle et nécrose en absence de traitement, aboutissant à une occlusion intestinale aiguë et parfois une perforation.
- **Primitive** (plus fréquente) = contexte d'adénolymphite (**hypertrophie des plaques de Peyer** et **hyperplasie lymphoïde**) : nourrisson (pic à **9 mois**) et enfant < 3 ans, prédominance masculine, période automno-hivernale. Classiquement iléo-cæcal.
- **Secondaire** (plus rare) = pathologie sous-jacente causale **:**
 . Locale : surtout sur le grêle (diverticule de Meckel, duplication digestive, polype, lymphome) : syndrome occlusif du grêle rapide, traitement chirurgical avec biopsie (lymphome) ou résection intestinale.
 . Générale : purpura rhumatoïde, **mucoviscidose**, **vaccins à rotavirus, chimiothérapie** : le plus souvent forme iléo-iléale, fréquemment favorable sans lavement ni chirurgie.
➝ Recherche systématique de cause secondaire en cas d'IIA chez l'enfant **> 2 ans.**

DIAGNOSTIC	SF	- Contexte : nourrisson de 2 mois à 2 ans (pic : 9 mois) en bonne santé ± précédé d'un épisode infectieux récent. - Triade clinique parfois incomplète : . **Crises douloureuses abdominales paroxystiques**, avec **périodes d'accalmie**, de plus en plus rapprochées **(parfois résumées à des accès d'hypotonie avec pâleur** (malaise) au décours des crises douloureuses (pleurs)). . **Vomissements alimentaires** puis **bilieux, intolérance alimentaire** (refus du biberon). . **Rectorragies** : plus tardives, d'intensité variable.
	SC	= Examen clinique en période d'accalmie. - Palpation d'une **fosse iliaque droite déshabitée,** douleur de l'hypochondre droit le plus souvent. - Palpation du **boudin d'invagination** : masse abdominale mobile plus ou moins perceptible. - **TR** : sang, palpation du boudin d'invagination.
	Imagerie	- **Échographie abdominale** = confirmation diagnostique : aspect de boudin (en cocarde en transversal et en sandwich en longitudinal), recherche d'épanchement intrapéritonéal, étude des flux artériels et veineux.
TTT	➝ **Urgence thérapeutique** : hospitalisation, mise à jeun. - **Forme iléo-cæcale** : désinvagination par **lavement thérapeutique rétrograde** ou **ttt chirurgical si échec/complication.** - **Forme iléo-iléale** : évolution spontanément favorable si idiopathique, persistante si secondaire.	
	Lavement thérapeutique	= **Lavement hydrostatique** (aux hydrosolubles) ou **pneumatique** ± répété **3 fois**, voire sous AG : réduction de l'invagination par refoulement du boudin à la pression ➝ **80-90 %** de succès. - Indication = forme non compliquée d'IIA iléo-cæcale : - Hémodynamique stable. - Absence de péritonite. - Absence de pneumopéritoine. - Réalisé sous contrôle scopique, sous sédation, en présence d'un radiologue et d'un chirurgien. - Efficacité : - Clinique : disparition des douleurs abdominales. - Imagerie : - Opacification (si produit de contraste) de l'ensemble du cadre colique. - Inondation franche et massive des dernières anses grêles. - Absence de réinvagination sur le cliché en évacuation.
	Traitement chirurgical	= **Expression manuelle du boudin d'invagination**, sans traction excessive, avec **appendicectomie de principe** ± **résection intestinale** en cas d'échec ou de nécrose apparente ou de malformation. - Indication : - Forme compliquée d'IIA : choc, péritonite, pneumopéritoine. - Échec de lavement opaque thérapeutique (10 % des cas). - Récidives multiples : 10 à 15 % des cas (même opéré), recherche d'IIA secondaire.

APPENDICITE AIGUË ET PÉRITONITES

Appendicite = inflammation de l'appendice iléo-cæcal (ou vermiforme), prolongement du cæcum de localisation variable.
- Atteint 0,3 % des enfants de 0 à 15 ans, pic entre 7 et 13 ans. Forme toujours compliquée avant 6 ans.
- Cause **la plus fréquente** de péritonite de l'enfant et du nourrisson.

DIAGNOSTIC

SF

→ Forme clinique typique : **appendice latéro-cæcal** (2/3 des cas).
- Contexte : douleur abdominale aiguë évoluant depuis moins de 48 h exacerbée par la toux et le cloche-pied droit.
- **Douleur abdominale aiguë** spontanée, initialement périombilicale puis migrant en FID, généralement fixe, continue et croissante, sans irradiation.
- **Fièvre modérée** (généralement autour de 38 °C), **altération du faciès.**
- **Nausées, vomissements alimentaires, inappétence, constipation.**
- **Diarrhée** : évoquer une complication.

SC

- **Douleur provoquée au point de Mac Burney**, **défense** à la palpation profonde.
- **Signe de Blumberg** (douleur à décompression brutale de FID) et **Rosving** (douleur FID à décompression de la FIG).
- Boiterie par psoïtis (cuisse droite fléchie en position antalgique), langue saburrale, inclinaison antalgique du rachis sur la droite.
- **TR** (rarement fait) : souvent douloureux, peu spécifique.

Bio

- **Hyperleucocytose** (PNN > 12) précoce, **CRP** d'élévation retardée. Examens peu spécifiques, mais sensibles. S'ils sont tous les deux négatifs : exclusion du diagnostic d'appendicite.
- **Bilan préopératoire** en cas d'indication chirurgicale.
- BU négative (ou **leucocyturie isolée** en cas d'appendicite pelvienne).

PC

→ Aucun examen complémentaire systématique : diagnostic possiblement clinique.

Échographie abdominale

= Examen de référence (Se/Sp = 95 %) : opérateur-dépendant.
- Appendice de diamètre **> 6 mm**, image en cible, Mc Burney échographique, parois épaisses, sans visualisation de la lumière appendiculaire, non compressible, hyperémie au Doppler, perte de la différenciation des couches pariétales.
- Signes indirects : stercolithe, graisse péri-appendiculaire hyperémiée, épanchement FID.
- Recherche de complications : **abcès, plastron, épanchement rétropéritonéal, nécrose.**
- DD : adénolymphite mésentérique, pathologie annexielle, diverticule de Meckel.

→ Ne peut pas éliminer le diagnostic si l'appendice n'est pas visualisé en entier.

Autres

- **ASP** non indiqué.
- **Scanner abdomino-pelvien/IRM** : formes atypiques, notamment de l'enfant obèse.

DD

Adéno-lymphite mésentérique

= **ADP mésentériques secondaires à une virose** (ORL ou respiratoire) :
- **Douleurs abdominales** diffuses, prédominantes en FID.
- **Écho abdo** : ADP mésentériques supra-centimétriques avec appendice normal.

- En cas de doute diagnostique : **surveillance clinique pendant 24 h** sous traitement antalgique → élimine le diagnostic en cas d'amélioration ou de stabilisation clinique.

TTT

→ **Urgence thérapeutique médicale et chirurgicale** : hospitalisation, mise à jeun.

Mesures médicales

- **Correction des troubles hémodynamiques** et **hydroélectrolytiques** (réhydratation IV).
- **Enfant à jeun, VVP, antalgique** IV + **antibiothérapie** IV à débuter dès le diagnostic affirmé.
- **CPA, bilan préopératoire**, **autorisation parentale d'opérer.**

TTT Chirurgical

- Voie d'abord : **cœlioscopie** préférée à la **laparotomie de Mc Burney**.
- Temps explorateur : inspection de la cavité abdominale, prélèvements bactériologiques.
- Temps curateur : **appendicectomie** avec envoi de la pièce en anatomopathologie.

+ **Antibiothérapie probabiliste IV** peropératoire.

Suivi

- Surveillance : hémodynamique, douleur, diurèse, transit, reprise précoce de l'alimentation, cicatrice.

Complications

- Moins fréquentes si traitement médico-chirurgical précoce, rapide et efficace.

HERNIE PARIÉTALE

HERNIE INGUINALE

= **Persistance du canal péritonéovaginal** avec paroi musculo-aponévrotique normale (≠ adulte) : **hernie oblique externe.**
- Affection congénitale fréquente (1-4 %) et bénigne, prédominance masculine (85 %), dans 50 % des cas < 1 an.
- Plus fréquente à droite (60 %), bilatérale dans 15 % des cas.
- Facteurs de risque = prématurité, terrain familial.
- Contenu habituellement **intestinal** (sauf chez la fille < 1 an : **hernie de l'ovaire** le plus souvent).

Dg

- **Tuméfaction inguinale** intermittente, lors des cris ou des efforts de poussées, arrondie, molle, indolore, réductible spontanément ou par pression en haut et en dehors.
- Si tuméfaction non vue : **orifice inguinal superficiel élargi.**

TTT

→ Toute hernie inguinale doit être opérée pour éviter le risque d'étranglement herniaire.
- Consignes aux parents (en attendant la chirurgie) : réduire la hernie, consulter en cas de signe d'étranglement.
- **Intervention chirurgicale** sans urgence (dans le mois) ou en **semi-urgence** en cas de hernie de l'ovaire (**2-3 jours**).

→ Chirurgie **bilatérale** chez le prématuré.

Hernie inguinale étranglée

Dg

- Période initiale de gémissements et refus de prise alimentaire.
- **Tuméfaction inguinale** douloureuse, fixée, irréductible ; testicule en place chez le garçon.
- **Signes d'occlusion digestive tardifs** : vomissements, météorismes, AMG tardif.

→ Aucun examen complémentaire ne doit retarder la prise en charge.

TTT

= Urgence thérapeutique : hospitalisation, mise à jeun, rééquilibration hydroélectrolytique.
- **Taxis** = réduction manuelle 30 min après prémédication, par un praticien expérimenté (compression prolongée en haut et dehors) : réservé à la hernie inguinale étranglée du garçon, sans signes locaux inflammatoires, en bon état général.

→ Contre-indiqué chez la fille < 1 an : risque de lésion de l'ovaire.
- **Intervention chirurgicale** : - **D'emblée** : - Hernie de l'ovaire chez la fille (taxis contre-indiqué).
  - Hernie inguinale étranglée évoluée (AEG).
  - Échec du taxis.
  - **Différée** (2 à 3 jours) : après succès du taxis.

OMBILICALE

= Hernie au travers de l'orifice ombilical : très fréquente chez l'enfant, souvent dans les premières semaines de vie.
- **Tuméfaction** centrée sur l'ombilic, intermittente, extériorisée aux pleurs ou à la poussée abdominale, molle, réductible.
- **Étranglement herniaire** exceptionnel.
- Guérison généralement spontanée **< 2 ans.**
- **Abstention thérapeutique** généralement, sauf si persistante chez l'enfant **> 3 ans.**

DIVERTICULE DE MECKEL

= **Reliquat du canal mésentérique** : diverticule de 1 à 5 cm situé sur le bord anti-mésentérique du dernier tiers de l'intestin grêle, en amont de la valvule de Bauhin, **pédiculé** ou **sessile** avec possible présence de **tissu hétérotopique.**
- Retrouvé chez **2 %** de la population, révélation à tout âge.

MANIFESTATIONS

Asymptomatique

= Découverte fortuite peropératoire (généralement pour appendicite) : dans la majorité des cas.

Complication

= Généralement dans l'enfance **< 10 ans.**
- **Occlusion** (50 %) : - **Invagination intestinale aiguë** secondaire : **iléo-iléale ± cæcal**, résistant au lavement, récidivant.
  - **Occlusion intestinale** (capotage ou volvulus sur bride ombilicale).
- **Hémorragie intestinale** (hétérotopie gastrique avec sécrétion d'HCl), risque de **perforation.**
- **Diverticulite** : tableau d'appendicite aiguë.
- **Tumeur bénigne** ou **maligne.**

TTT

= Systématique en cas de complication, discutée en cas de diverticule asymptomatique.
- **Chirurgical** : **exérèse du segment de grêle** + **anastomose termino-terminale.**

→ En cas d'opération pour syndrome appendiculaire : résection du diverticule seulement si appendice sain.

PÉRITONITE AIGUË

Péritonite aiguë = inflammation aiguë de la séreuse péritonéale avec œdème, hyperhémie et hypersécrétion, généralement d'origine infectieuse bactérienne (primitive ou secondaire à une perforation digestive ou une plaie pénétrante de l'abdomen), ou parfois d'origine chimique (bile, enzymes pancréatiques, acide chlorhydrique).
➝ Urgence diagnostique et thérapeutique.

DIAGNOSTIC	SF		- **Fièvre habituellement élevée** (39-40°), retardée en cas de péritonite chimique. - **Douleur abdominale** : volontiers brutale, intense et continue, parfois en coup de poignard en cas de perforation d'un organe creux, initialement localisée puis rapidement généralisée. - **Nausées, refus de l'alimentation**, puis **vomissements alimentaires** puis **bilieux.** - **Trouble du transit** : **météorisme abdominal, arrêt des matières et des gaz**, ou parfois diarrhées paradoxales (péritonites appendiculaires pelviennes ou mésocœliaques).
	SC		- Position antalgique en **chien de fusil ou blockpnée** (petits enfants). - Frissons. - **Signes de déshydratation** (3e secteur abdominal : cerné, langue sèche, pli cutané). - **Signes hémodynamiques** : TRC > 3 s, pouls rapide filant, pincement de la PA différentielle, voire marbrures. - Palpation abdominale : - **Contracture** dans les formes évoluées chez le grand enfant : résistance douloureuse invincible de l'ensemble de la paroi abdominale. - **Défense généralisée**, plus volontiers chez le petit enfant. - **Douleur diffuse, plus intense à l'ombilic** chez le nourrisson ± **omphalite.** - Absence de bruits hydroaériques.
	Bio		- **Hyperleucocytose à PNN (ou neutropénie témoin de sepsis), CRP élevée, PCT** en cas d'infection bactérienne. - **Ionogramme sanguin** : évaluation du retentissement hydroélectrolytique. - **Hémocultures** systématiques en cas de sepsis/troubles hémodynamiques.
	PC		- **Échographie abdominale** : épanchement abdominal diffus, recherche d'appendicite (la perforation rend l'appendicite de taille normale et le météorisme peut compliquer sa recherche). - **Scanner abdominal injecté** en 2de intention (en cas de doute après avis spécialisé).
ÉTIOLOGIE	Grand enfant	**Péritonite secondaire**	- **Péritonite appendiculaire** (plus fréquente) : à évoquer systématiquement. - **Diverticule de Meckel** (méckélite). - **Perforation traumatique** (contusion abdominale, plaie de l'abdomen) : dont le **syndrome de Chance** lors d'un AVP (perforation de l'intestin grêle + lésions pancréatiques + fracture du rachis lombaire). - Plus rarement : **ulcère gastro-duodénal perforé**, origine **biliaire** ou **génitale, évolution d'une occlusion mécanique** (invagination, volvulus)…
		Péritonite primitive	= Péritonite spontanée, idiopathique, majoritairement à pneumocoque : - Cause : - **Syndrome néphrotique.** - **MAI : lupus, dermatomyosite…** - **Cirrhose hépatique, IRC.** - **Péritonite tuberculeuse** (rare). ➝ Traitement uniquement medical.
		Péritonite postopératoire	= **Lâchage de suture d'un organe creux ou d'un moignon appendiculaire, fistule anastomotique, perforation après endoscopie colique**…
	Nourrisson		- **Péritonite appendiculaire** = plus fréquente : appendicite plus rare que chez l'enfant > 3 ans, mais plus souvent compliquée d'abcès ou de péritonite, souvent de diagnostic tardif (tableau trompeur de gastro-entérite fébrile avec diarrhée ou tableau d'infection urinaire), contracture abdominale moins marquée. - **Diverticule de Meckel** : fréquent, souvent de découverte opératoire.
	Nouveau-né		- **Entérocolite ulcéro-nécrosante** : dans les 1ers mois de vie. - **Perforation digestive anténatale** ou **postnatale.**
TTT	TTT médical		- Mise en condition : SNG, VVP ± VVC, scope. - Antalgie adaptée. - **Rééquilibration hydroélectrolytique.** - **Antibiothérapie** précoce à large spectre.

	TTT chirurgical	→ En urgence, dès que l'état clinique est stabilisé (généralement 2 à 3 h après admission). - Voie d'abord : **laparotomie** ou **cœlioscopie** (préférée). - **Prélèvements de l'épanchement** intrapéritonéal. - Traitement de cause : appendicectomie, suture de perforation digestive, résection-anastomose, stomie. - **Lavage abondant** de la cavité péritonéale. - **Drainage** en cas de poches abcédées enkystées ou si entérocolite ulcéro-nécrosant du prématuré.

COLIQUES DU NOURRISSON

Colique du nourrisson = survenue paroxystique chez un petit nourrisson de pleurs prolongés (jusqu'à plusieurs heures/jour), et de phase d'agitation, de cause inconnue : motif de consultation fréquent, totalement bénin.
- Source de sentiments d'incompétence parentale et d'inquiétude.

DIAGNOSTIC	- **Nourrisson < 5 mois.** - **Pleurs prolongés**, inconsolables et/ou **phases d'agitation** inexpliquées en post-prandial. - **Faciès vultueux**, **abdomen tendu** et **membres inférieurs repliés.** - **Interruption de la crise** avec **émission spontanée ou provoquée de gaz intestinaux** (air avalé lors des pleurs). - Caractère **paroxystique** et **répété** de la crise. - Isolée : appétit conservé, croissance pondérale normale, transit normal, éveil normal, périodes de calme. → Aucun examen complémentaire n'est nécessaire au diagnostic.
TTT	- **Réassurance des parents** sur le caractère bénin et transitoire : disparition spontanée en 3 à 4 mois. - **Conseils pour calmer l'enfant** : prise dans les bras, emmaillotage, trajet en voiture, massage abdominal : mais sans efficacité démontrée - L'administration de *Lactobacillus reuteri* a démontré un effet prophylactique et une efficacité thérapeutique, en particulier chez les nourrissons allaités. Certains travaux ont également trouvé une efficacité des extraits de fenouils. - Aucun traitement n'a fait la preuve de son efficacité (trimébutine Débridat®, Calmosine®…) - Les modifications diététiques (lait sans lactose, hydrolysat poussé) doivent être limitées et argumentées. - Les IPP ne sont pas indiqués devant des pleurs inexpliqués ou des coliques du nourrisson sans RGO acide prouvé.

DOULEURS ABDOMINALES FONCTIONNELLES

1) Éliminer les drapeaux rouges imposant la recherche d'une maladie organique sous-jacente :
- Douleur « loin » de l'ombilic.
- **Symptômes digestifs associés** : diarrhée nocturne, hématémèse, rectorragie, atteinte périnéale.
- **Symptômes extra-intestinaux** : fièvre, douleurs articulaires, rash cutané, aphtes buccaux, perte de poids, retard de croissance, retard pubertaire.
- **Histoire familiale de MICI**.

2) Préciser le diagnostic = critères de Rome IV : douleurs récurrentes fonctionnelles avec intervalles libres qui durent depuis au moins 2 mois, après élimination des causes organiques.

ÉTIOLOGIES	Dyspepsie non ulcéreuse	Douleur persistante ou inconfort dans l'épigastre ou en sus-ombilical, s'aggravant au cours des repas ; sans relation avec une modification du transit.
	Migraine Abdominale	Épisodes paroxystiques avec fatigabilité inhabituelle et douleurs périombilicales qui durent > 1 heure ; associés à au moins 2 des items (anorexie, nausées, vomissement, céphalées, photophobie, pâleur) ; antécédents familiaux de migraine volontiers observés et représentant un critère diagnostique important.
	Syndrome de l'intestin irritable	Inconfort abdominal ou douleur apparus au moins une fois par semaine au cours de 3 derniers mois. Associés à au moins 2 items (amélioration par la défécation, modification de la fréquence des selles, modification consistance des selles).
DG	- Diagnostic clinique : aucun bilan nécessaire. - Douleurs possibles au cours de pathologies organiques : maladie cœliaque, MICI… mais adénolymphite mésentérique et infection à *Hélicobacter Pylori* ne sont pas à rechercher dans ce contexte.	
TTT	**- Réassurance avec empathie.** **- Hypnothérapie et prise en charge comportementale.** **- Aucun traitement antalgique de palier I, II ou III n'a d'efficacité démontrée.** **- Traitement des troubles du transit s'ils existent.** - Possible efficacité de certains probiotiques. - Un régime pauvre en lactose, voire sans FODMAP peut améliorer les douleurs, mais contraignant.	